

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 101

DU

LUPUS PERNIO

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 avril 1924

PAR

Philippe-Henri-Gabriel-Marcel GIBERT

Né à LAUZERTE (Tarn-et-Garonne), le 31 octobre 1893.

Examineurs de la Thèse

MM. W. DUBREUILH, professeur.	<i>Président.</i>
BÉGOVIN, professeur	} <i>Juges.</i>
PETGES, professeur.....	
PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 101

DU

LUPUS PERNIO

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 avril 1924

PAR

Philippe-Henri-Gabriel-Marcel GIBERT

Né à LAUZERTE (Tarn-et-Garonne), le 31 octobre 1893.

Examineurs de la Thèse

MM. W. DUBREUILH, professeur.	<i>Président.</i>
BÉGOUIN, professeur.....	<i>Juges.</i>
PETGES, professeur.....	
PAPIN, agrégé.....	

•

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

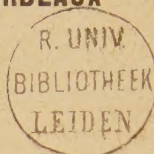
Y. CADORET.

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants..	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGES.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W. DUBREUIL
Hygiène.....	AUCHE.	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expériment.	GUYOT.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales ..	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHÈLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatology.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	DUVERGEY.
id.....	N.	id.....	PAPIN.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	JEANNENEY.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	GREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES ET ENSEIGNEMENTS :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Médecine opératoire.....	N.	Chimie.....	N.
Accouchements.....	PERY.	Pathologie interne.....	GREYX.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie analytique.....	N.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.	Hygiène appliquée.....	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SOEUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS ARNOZAN, VERGER, CHAVANNAZ.

SABRAZÈS, MOUSSOUS, MOURE, LAGRANGE,

RIVIÈRE, BÉGOUIN, PETGES

MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS ROCHER ET PAPIN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR W. DUBREUILH

*Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

CHER MAÎTRE,

Depuis plus d'un an que j'assiste aux consultations de votre chirurgie, j'ai toujours trouvé auprès de vous un accueil cordial et j'ai pu, grâce à vos conseils, me familiariser avec l'étude de la dermatologie. Permettez-moi de vous remercier et de vous assurer de ma respectueuse gratitude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DU LUPUS PERNIO

AVANT-PROPOS

Le lupus pernio est une affection que l'on rencontre rarement ; aussi n'avons-nous pu réunir en fouillant toute la littérature médicale qu'une vingtaine d'observations intéressantes.

Il nous a été donné d'en examiner deux cas dans le service de M. le professeur W. Dubreuilh, ce qui nous suggéra l'idée d'en faire le sujet de notre thèse.

Nous avons adopté, dans l'exposé qui va suivre, le plan suivant :

Chapitre I. — Historique de la question.

Chapitre II. — Symptomatologie suivie de nombreuses observations, les unes déjà publiées et trois inédites qui sont dues à l'obligeance de M. le professeur Dubreuilh pour les deux premières, et pour la troisième à M. le professeur Petges.

Chapitre III. — Anatomie pathologique des lésions cutanées, osseuses et ganglionnaires.

Chapitre IV. — Étiologie.

Chapitre V. — Diagnostic et question des rapports du lupus pernio et des sarcoïdes.

Chapitre VI. — Traitement et conclusions.

A la fin de nos études médicales, nous tenons à remercier tous ceux qui ont aidé à notre instruction et tous nos collaborateurs à l'édification de ce modeste travail.

Nos remerciements vont tout d'abord à notre maître, M. le professeur Dubreuilh, à M. le professeur Petges, dont l'enseignement, plein de bienveillance, nous fut très profitable.

A M. le Dr Joulia, ancien chef de clinique de dermatologie, à qui nous devons l'aide d'une collaboration éclairée et chez qui nous avons toujours rencontré l'accueil le plus amical.

Enfin, nos remerciements vont aussi à M. le Dr Cazenave qui nous aida dans la traduction de textes étrangers, et à MM. les chefs de laboratoire et de clinique du service de dermatologie, docteurs Mougneau et David-Chaussée, dont nous avons su apprécier et l'enseignement et la franche amitié.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

C'est à Ernest Besnier que nous devons la description première du *lupus pernio*; c'est lui qui, dans une communication faite devant les médecins de l'Hôpital Saint-Louis, présente ce syndrome nouveau et le place à côté du *lupus érythémateux* type vasculaire dont il serait une nouvelle forme.

Depuis Besnier, si le type clinique est resté le même, les opinions émises sur sa nature ont souvent changé et trois périodes semblent s'être dessinées dans l'histoire de cette évolution.

Une première, très courte, allant de 1889 à 1892, et comprenant l'observation de Besnier, sa communication à l'Hôpital Saint-Louis et l'observation de Tennesson que nous ne pourrions, comme trop contemporaine, séparer de la première.

Besnier y a décrit cette nouvelle dermatose lui donnant des limites tellement extensibles que ce grand cadre va pouvoir donner asile à des affections très variées, ce qui nous sera démontré par des publications faites après lui aussi bien en France qu'à l'étranger.

Des observations publiées, les unes recèlent en effet de faux *lupus pernio*, les autres, tout en répondant au type clinique primitif, sont d'aspect assez divers pour que leurs auteurs soient tentés de donner chacun une place différente à ce *lupus* dans le cadre dermatologique.

Et c'est une deuxième période qui s'ouvre; elle durera jusqu'en 1917, période de confusion, où l'on englobe sous le nom de *lupus pernio* soit des *lupus* vulgaires à forme myxomateuse, soit des *lupus érythémateux* du type vasculaire décrit par Hut-

chinson sous le nom de « chilblain lupus », et où l'on considère cette affection tantôt comme une tuberculose cutanée atypique, tantôt comme une forme de tuberculide.

Enfin une autre conception, toute nouvelle celle-là, viendra marquer cette période, posant la question du lupus pernio, maladie autonome.

C'est à cette phase qu'appartiennent en France les observations publiées par Daulos, Hallopeau et Villaret en 1901, Leredde et Pautrier en 1902, et les traités classiques qui traduisent tous la même incertitude. Nous nous plaisons à la signaler dans l'article de Lenglet : *De la pratique dermatologique* ; cet auteur décrit le lupus pernio au chapitre *Lupus vulgaire* et en parle avec autant de détails dans l'article *Lupus érythémateux*, ne sachant auquel des deux il peut le rattacher. Un courant presque uniforme s'est formé cependant, tendant à apparenter de loin ou de près cette affection à la tuberculose.

En Allemagne, à peu près même confusion : les faux lupus pernio, nous les trouvons dans les observations de G. Nobl, de Grosz, de B. Bloch, la diversité d'opinion sur sa nature, nous la rencontrons aussi marquée qu'en France.

Jadasshou et Polland pensent à la tuberculose, l'un prétendant qu'il s'agit d'un lupus vulgaire, l'autre d'une maladie spéciale mais de nature analogue.

V. Klingmüller et Kühlmann affirment, avec observation à l'appui, ne pouvoir conclure à une origine semblable. Enfin, Zieler et Kreibich, précurseurs de Schaumann, niant la tuberculose, font de cette affection une maladie spéciale, un « granulome infectieux » de nature inconnue, et mettent sur le même pied l'érythème induré de Bazin et les sarcoides cutanés de Bœck.

En Angleterre, les cas publiés ne peuvent vraiment pas rentrer dans le cadre du lupus de Besnier et ce sont bien des « chilblain lupus » que nous présentent Hyde, Oulmann, Towle, c'est-à-dire des lupus érythémateux.

Comme nous l'avons indiqué, une opinion nouvelle a été émise par les auteurs allemands : « Le lupus pernio est la manifestation d'une maladie générale. » Cette hypothèse va prendre

corps grâce aux travaux de Jörgen Schaumann, de Stockholm, parus dès 1917 et, désormais, c'est la dernière période, celle dans laquelle nous vivons, qui va s'ouvrir; le lupus pernio, manifestation tuberculeuse ou toxi-tuberculeuse, va s'effacer pour faire place à une lymphadénie tuberculoïde bénigne de nature encore inconnue.

Les publications de Schaumann se succèdent rapidement depuis 1917; 1918, 1920, 1922, nous apportent des éclaircissements nouveaux dans les *Annales de dermatologie* et les *Acta dermatologica*, où l'auteur présente des observations typiques, des examens de laboratoire et des réactions dont les résultats ne sont pas douteux; il reconnaît l'autonomie du lupus pernio et propose, comme plus convenable pour celui-ci, la dénomination de lymphogranulome bénin qu'il lui fera partager avec les sarcoïdes cutanés de Böeck.

C'est presque en même temps la communication de M. le professeur W. Dubreuilh au 1^{er} Congrès de dermatologie de langue française, tenu en 1922, où l'auteur apporte 3 cas typiques de cette affection; insiste sur le diagnostic et met en garde les dermatologistes contre le terme équivoque de lymphogranulome prétendant « que les meilleurs noms sont généralement ceux qui ne veulent rien dire, du moment qu'on s'accorde sur le type morbide qu'ils désignent ».

Ajoutons le mémoire remarquable de Robert Rabut paru dans les *Annales de dermatologie de 1922*, où l'auteur tâche de mettre de l'ordre et de la clarté dans cette question encore toute neuve, et pense avec Schaumann que les sarcoïdes cutanées de Böeck sont bien une forme de la lymphogranulomatose maligne.

Enfin, du Val de-Grâce nous vient encore une observation fort caractéristique et la preuve que M. le professeur Dubreuilh avait raison, disant qu'une équivoque était possible au sujet du terme de lymphogranulome apporté par Schaumann.

Telle est l'histoire résumée, sans doute d'une façon bien imparfaite, du lupus pernio, mais elle pourra nous guider dans la lecture et l'interprétation des observations qui seront publiées dans cette thèse.

CHAPITRE II

Étude clinique.

Voyons, maintenant que son histoire est connue, comment se présente à nous le *lupus pernio*, et quels sont les signes cliniques qui nous permettront de le reconnaître.

Nous passerons en revue ses sièges de prédilection, les symptômes qui lui sont propres, aussi bien du côté de la peau que du côté des viscères et du sang, et son évolution.

La peau.

Sièges de prédilection. — Ce sont le nez, dans la zone correspondant à sa partie cartilagineuse, les oreilles surtout vers le lobule, les joues, les doigts et les orteils.

Telles sont ses localisations classiques, mais il en est d'autres bien moins fréquentes et que nous devons signaler cependant ; ce sont : la lèvre supérieure, le menton, le sourcil, la nuque, le front, enfin, dans une forme tout à fait spéciale, forme érythrodermique, décrite par Schaumann et considérée par Robert Rabut comme un cas ressemblant plus à une sarcoïde qu'à un *lupus pernio*, nous trouvons des localisations très particulières telles que le cuir chevelu, le cou, les jambes et les cuisses (faces antéro-interne et antéro-externe).

Symptomatologie cutanée. — Parmi les symptômes qui caractérisent le *lupus pernio*, il en est de particuliers à chaque lésion et d'autres qui les affectent toutes. Ces derniers sont : la symétrie dans la localisation, la persistance pendant la saison chaude, l'exacerbation pendant l'hiver, le peu de tendance à

l'ulcération, la rareté de la cicatrice atrophique et déprimée, enfin l'indolence à peu près complète. Quant aux symptômes particuliers à chaque lésion, nous allons les faire défiler chacun à sa place.

Le nez est généralement le siège d'une tumeur qui le coiffe et dont la couleur va du rouge cerise au rouge violacé; elle est généralement bien limitée, infiltrée, saillante, sans dépression centrale, luisante, douce au toucher, parfois légèrement sensible à la pression durant les périodes froides.

On constate au toucher tantôt une mollesse gélatineuse tremblotante, tantôt une certaine fermeté, qui paraît être un caractère des lésions jeunes, mais jamais une dureté ligueuse.

Au niveau des lésions, la peau est amincie et tendue, froide, présentant quelques télangiectasies distribuées souvent en réseau; les orifices pilo-sébacés sont généralement dilatés. La vitropression qui fait pâlir les lésions, montre une teinte violacée, diffuse, et décèle un fin réseau, parsemé quelquefois de points brun jaunâtre, moins translucides, moins mous à la piqure et plus petits que les nodules lupiques du lupus vulgaire.

Mêmes symptômes pour les oreilles et pour les joues; ici, les lésions ont tendance par leur progression à venir se fusionner avec les lésions nasales et donner l'image du « vespertilio ».

Les orteils et les doigts peuvent être intacts, mais présentent souvent une tuméfaction fusiforme donnant la sensation au toucher et à la vue d'un *spina ventosa*, la peau y est infiltrée, épaissie, rouge foncé et généralement plus dure qu'à la face, sans doute à cause des plans osseux sous-jacents, pas de nodules, pas de cicatrices ni fistules; du côté des ongles quelques difformités.

Les muqueuses pituitaires et du voile du palais sont généralement saines, bien qu'elles présentent des zones d'hypertrophie et que les malades soient assez fréquemment atteints d'hydrorrhée nasale.

Les viscères et le sang.

Au niveau des *poumons*, on ne constate généralement rien à l'auscultation; toutefois une certaine rudesse respiratoire ou même des signes nets pouvant donner le change pour des lésions bacillaires au début ont été constatés par Schaumann dans sa première et sa deuxième observation, comme aussi par Rieux et Delatter. Schaumann, trois ans après la publication de sa première observation, constate chez cette même malade une aggravation des signes cliniques pulmonaires tels qu'il recueille des crachats, et par cultures et inoculations successives, arrive à découvrir un bacille tuberculeux bovin.

Du côté *ganglionnaire*, on constate une hypertrophie légère d'un grand nombre de ganglions, sans ramollissement ni adhérences, ils sont durs, roulent sous le doigt, sont indolents, présentent la grosseur d'un pois à une fève, n'ont pas tendance à venir s'ouvrir à la peau et leur topographie ne répond pas souvent à celle des lésions cutanées; on les trouve dans les aisselles, les aines, au cou, vers l'épitrochlée.

Les autres organes lymphoïdes peuvent être cliniquement normaux.

Les *amygdales* parfois sont grosses, la plupart du temps elles paraissent normales.

La *rate* et le *foie* peuvent être légèrement augmentés de volume.

Les autres viscères sont normaux.

Examens radiographique et radioscopique.

1° Du *poumon*. — L'examen aux rayons X nous permet de constater, dans presque tous les cas, une augmentation parfois considérable des ombres hilaires; il s'agit d'une opacité uniforme et de limites plutôt floues; elles sont symétriques et font penser à de volumineuses masses ganglionnaires trachéo-bronchiques.

D'autres taches ombrées peuvent être disséminées dans tout le poumon, elles sont souvent postérieures, dans le temps, aux taches hilaires et paraissent dans bien des cas comme appendues à celles-ci.

La clinique ne les révèle que rarement et elles se traduisent alors par une certaine rudesse respiratoire, signe vraiment disproportionné à l'étendue de l'infiltrat qu'il représente.

2° De l'os. — Mêmes divergences pour l'os comme pour le poumon.

Ou bien le clinicien ne trouve aucune lésion là où le radiographe en décèle.

Ou bien celui-ci nie la présence du spina ventosa constatée par le premier.

Et c'est dans ce dernier cas que l'on reste tout étonné de trouver des lésions minimes comparées aux constatations cliniques. Que trouve-t-on, en effet? Un os qui n'est certes pas soufflé, comme dans la tuberculose, son tissu compact est indemne et les lésions que signale l'écran se tiennent au niveau des épiphyses; elles consistent en zones claires nettement arrondies et figurant un point décalcifié, l'os qui les entoure immédiatement paraît sain; en outre de ces plages claires, et existant sur le même os, certains auteurs signalent des zones opaques; nous n'avons pu en constater nous-même et ne saurions à leur sujet donner une interprétation.

D'autres fois, il n'est mentionné pour tout le tissu osseux des phalanges (car partout ailleurs le tissu osseux semble respecté) qu'une diminution de l'opacité normale.

Quant aux doigts cliniquement sains, ils peuvent, comme les autres, présenter des zones décalcifiées.

Examen microscopique du sang.

Le tissu lymphoïde participant pour une large part aux lésions de cette affection et surtout la moelle rouge, il va sans dire qu'on puisse constater des modifications de l'image sanguine.

Globules rouges. — Schaumann prétend qu'il existe dans certains cas une augmentation du nombre des globules rouges circulants, en même temps qu'un état inachevé de ces mêmes globules; nous ne l'avons pas constaté dans les observations que nous avons recueillies.

Globules blancs. — Il semble qu'il y ait une augmentation légère du nombre des mononuclées; parfois même, cette augmentation est très sensible et monte à 10 p. 100 chez Danlos, à 16 et 17 p. 100 pour une malade de Schaumann.

Ajoutons à ce tableau clinique un état général déclaré très bon par le malade lui-même, qui ne se plaint généralement que de l'inesthétique de ses lésions faciales et de la gêne qu'il éprouve à se servir de ses doigts boudinés, et nous aurons présent à l'esprit un type classique complet du *lupus pernio*. Nous disons complet, car bien souvent les lésions ne siègent qu'à la face et les doigts et orteils restent indemnes; les observations que nous publions à l'appui de cet exposé clinique vont nous le démontrer.

1^o Observations avec localisations à la face et aux extrémités.

OBSERVATION I

BESNIER.

Il s'agit d'un homme de 34 ans qui présente à la face des lésions ressemblant au début à des engelures; par la suite, la lividité, les caractères asphyxiques, les varicosités s'accroissent en même temps que les tissus s'infiltrant et que la partie malade se déforme.

Trois ans plus tard, le nez a doublé de volume; il est déformé, luisant, livide, avec orifices pilo-sébacés dilatés, et légères érosions nécrobiotiques au-devant des narines.

Pas d'algidité, pas d'analgésie, aucune saillie, une certaine consistance de la masse avec mollesse de la couche la plus superficielle. Cette lésion est permanente, sans cesse progressive, existe indépen-

damment de la saison et date de cinq ans ; des lésions symétriques de l'hélix et du lobule des deux oreilles avaient précédé de trois ans les lésions nasales.

Les lésions nasales coïncident avec des tuméfactions fusiformes des *doigts* des mains qui présentent de la fluctuation et des craquements faisant penser à une synovité fongueuse, nous dit Fournier ; des ganglions épitrochléens, des troubles des ongles, érosions du lit, destruction de la cornée. Pas de lésions viscérales tuberculeuses.

OBSERVATION II

DUBREUILH.

L. S .., 42 ans, cultivateur dans le Gers, se présente, le 24 octobre 1919, pour une affection qui date de quinze ans.

C'est un homme très maigre, assez grand, à teint un peu couperosé et qui n'a jamais été très robuste, il souffre souvent de la tête ou de l'estomac et a des digestions pénibles.

Il a eu des adénopathies cervicales dans son enfance, jamais d'engelures ; une fille de 5 ans qui a aussi des adénopathies cervicales. Son père est mort d'accident ; sa mère de tuberculose pulmonaire ; il a perdu un frère d'accident et une sœur morte vésanique, il lui reste un frère et une sœur, tous deux assez maigres et chétifs.

La maladie actuelle a débuté par l'annulaire droit, puis le cinquième orteil gauche, puis la face ; depuis quatre ans, elle est stationnaire, sauf des alternatives d'aggravation en hiver et d'amélioration en été et des poussées de gonflement assez fréquentes et variables.

Actuellement, l'éruption est constituée par des plaques d'un rouge violet, bien limitées, infiltrées, saillantes, indolentes et d'une mollesse gélatineuse.

Le lobule du nez est le siège d'un gonflement limité qui forme une tumeur saillante, globuleuse, comme une très grosse cerise, pourpre, lisse, couverte d'un épiderme mince et tendu, d'une mollesse extrême.

Sur le côté droit se trouve une petite tumeur cornée du volume

d'un pois et qui paraît être un début d'épithéliome. Les ailes et la partie osseuse du nez sont le siège d'un abondant réseau de veines dilatées, mais sur la tumeur la rougeur pourprée est uniforme.

Les oreilles sont très gonflées surtout vers l'ourlet; c'est une tuméfaction gélatineuse, tremblottante, d'une extrême mollesse, rouge violacé, demi-transparente, couverte d'un épiderme mince et pelure d'oignon. L'ensemble ressemble absolument au lupus myxomateux de cette région.

Tous les *doigts* sont atteints et presque au même degré. Le gonflement porte sur toute la dernière phalange et la face dorsale des deux dernières, se terminant vers la base à des hauteurs variables par une limite assez nette. Les doigts sont d'un rouge pourpre, boudinés et gonflés par une infiltration molle occupant toute l'épaisseur du derme, mais le derme seulement. Le gonflement plus marqué à l'extrémité des doigts leur donne une forme en baguette de tambour. Les ongles sont tous plus ou moins difformes, striés et cannelés en long, épaissis, fissurés et décollés sur une profondeur variable.

Sur les paumes et la face palmaire des premières phalanges sont des plaques de la grandeur d'une pièce de 50 centimes à 2 francs, pourprées, infiltrées, molles, épaissies, sans relief notable pour le moment, mais qui en ont quelquefois davantage.

Sur la face dorsale des mains et des poignets sont disséminées quelques plaques un peu saillantes, bien limitées, rouge violacé, molles, infiltrées, qui, sur le bord cubital de chaque poignet confluent en une plaque irrégulière de 5 centimètres de large. Les plus récents de ces éléments sont plus roses, plus saillants et plus tendus que les autres. Un de ces derniers est excisé pour l'examen microscopique.

Les *orteils* présentent tous des altérations semblables à celles des doigts. C'est une tuméfaction molle et violacée portant sur les deux dernières phalanges et déformant les ongles, mais la mollesse est moindre qu'aux doigts, et quand on tend la peau pour la pâlir, on voit se dessiner un réseau pâle avec des points rougeâtres comme si l'infiltrat était formé de nodules logés dans un stroma fibreux.

D'autres petits éléments rouges et infiltrés sont disséminés un peu partout, notamment à la nuque et aux genoux.

La vitropression ou la tension de la peau font pâlir les lésions presque totalement, il reste une légère teinte violacée, diffuse, parfois un peu brunâtre, mais nulle part, ni à la face, ni aux membres, il n'y a de points jaunâtres faisant penser au lupus. Toutes ces lésions sont absolument indolentes; il y a seulement un peu de sensibilité au choc au moment des poussées congestives.

Le malade dit avoir une tumeur analogue mais très passagère sur la langue, on n'en voit aucune trace.

La paroi postérieure du pharynx présente quelques vulgaires granulations.

On trouve de nombreux ganglions lymphatiques petits, durs et indolents, sur les côtés du cou, dans les régions sous-maxillaires et dans les aines, d'autres un peu plus gros, comme des noisettes, dans les aisselles, mais il faut remarquer que la maigreur du malade facilite leur recherche.

Rien d'anormal dans les poumons ou au cœur.

La rate est peut-être un peu grosse, matité de 10 centimètres.

Examen du sang. — Leucocytes polynucléaires neutrophiles, 59 p. 100; lymphocytes, 26 p. 100; mononucléés, 9 p. 100; éosinophiles, 3 p. 100.

Traitement. — Teinture d'iode à l'intérieur, XX à C gouttes par jour. Radiothérapie, 5 à 6 H. sur le côté droit du lobule du nez où il y a une petite masse cornée suspecte.

9 janvier 1920 : Il y a une diminution marquée de tous les infiltrats.

12 mars 1920 : Les plaques infiltrées ont continué à diminuer, surtout aux membres où il n'y a plus que des macules pourprées sans relief ni infiltration; il persiste un certain gonflement au nez, aux doigts et aux orteils qui restent pourprés.

12 septembre 1920 : Le nez et les oreilles ont leur forme normale, mais restent rouge pourpre.

Les doigts ont presque leur volume normal, mais la peau des dernières phalanges est un peu molle et atrophiée, avec des marbrures pourpres; les ongles restent bossus, cannelés et fendillés. Les plaques des paumes et beaucoup de celles du corps ou des membres ont

disparu complètement, celles des poignets persistent à l'état de macules sans relief ni infiltration.

Les orteils sont tout à fait normaux.

La rate est toujours un peu grosse et les ganglions lymphatiques persistent.

Il survient encore quelques poussées congestives mais très rares et bien moins accusées qu'avant. Pendant toute l'année 1921 l'état se maintient à peu près stationnaire.

Le malade a continué à prendre de la teinture d'iode à raison de C gouttes par jour et il a été fait quelques séances de radiothérapie sur le nez et les oreilles à la dose de 5 H. ; elles n'ont pas eu d'effet bien marqué, mais ont fait disparaître le nodule corné signalé sur le nez.

21 février 1922 : Toutes ou presque toutes les lésions persistent à l'état de macule. Elles n'ont pas diminué d'étendue, mais sont complètement affaissées.

Ce sont des plaques rouges, violacées, bien limitées et sans aucun relief. La rougeur est uniforme, mais au nez il s'y ajoute des veines dilatées; le grain de la peau n'est pas modifié, non plus que sa consistance, mais elle est un peu épaissie.

Les doigts ont à peu près leur volume normal, ils sont un peu violacés et la peau présente une certaine mollesse superficielle, elle est succulente, mais sans épaissement notable. Les ongles sont toujours aussi difformes.

Aux pieds il y a une tuméfaction molle et violacée de la dernière phalange de tous les orteils.

Le malade est mis au traitement arsenical sous la forme de deux pilules asiatiques par jour.

13 novembre 1922 : L'examen radioscopique montre des ombres hilaires plus marquées à gauche qu'à droite.

L'état des lésions s'est sensiblement amélioré pour la face. Aux doigts et aux pieds la tuméfaction persiste, les placards décrits sur le tronc ont disparu.

Ont apparu quelques îlots à la nuque et sur le genou droit, ils sont d'un rose vif et infiltrés.

Dans l'ensemble le malade se sent mieux depuis deux ans

22 décembre 1922 : La poussée de novembre est terminée.

3 avril 1923 : Radiothérapie sans effet.

7 mai 1923 : Les oreilles et le nez sont presque normaux et les doigts encore un peu gonflés.

28 août 1923 : Amélioration très notable sur tous les points qui sont redevenus normaux, la peau y est légèrement flétrie, mais possède sa consistance à peu près naturelle. État général meilleur.

Il a continué toujours son traitement par les pilules asiatiques (2 par jour) et l'Iodone Robin (XL gouttes par jour).

11 mars 1924 : CO² sur tout le nez qui est encore un peu rouge.

OBSERVATION III

M^{me} P..., femme de 40 ans environ, est grande, forte et robuste ; elle n'a jamais été malade ; un mari et une fille unique âgée de 20 ans qui se portent parfaitement tous deux. Jamais d'autres grossesses.

Depuis son enfance, elle a des engelures des doigts et des orteils se montrant en hiver pour disparaître en été. Depuis une dizaine d'années, elle a remarqué que son nez devenait violet en hiver, puis reprenait sa couleur normale en été.

Depuis 1915, la teinte pourpre persiste toute l'année et le nez a commencé à se tuméfier.

On a fait le diagnostic de lupus et elle a subi sans résultat de nombreuses séances de scarification ou d'ignipuncture.

Le 8 juillet 1921, la malade se présente avec une tuméfaction considérable du nez qui est d'un rouge pourpre foncé. La teinte a son maximum dans la partie cartilagineuse et s'éteint, en se dégradant, aux limites du nez lui-même. Tout le nez est gonflé, mais surtout dans sa partie cartilagineuse, c'est-à-dire sur le lobule, les ailes et la sous-cloison, mais ne pénétrant pas dans les fosses nasales.

De larges bosselures s'ajoutent au gonflement général, surtout sur le lobule et sur le bord des ailes. L'une d'elles, en saillie sur l'aile droite, est excisée et fixée par l'alcool formolé.

Cette tuméfaction est d'une extrême mollesse, comme gélatineuse,

et atteint toute l'épaisseur du derme; l'épiderme est très mince, lisse et tendu. Sur le fond pourpre se détachent des filets veineux plus foncés encore. La vitropression montre un tissu non pas jaunâtre mais plutôt grisâtre, avec de vagues points blancs de milium.

Les *fosses nasales* sont libres et saines, mais depuis sept ou huit ans existe tous les hivers un écoulement nasal aqueux très abondant, gênant, sans obstruction nasale.

Rien aux *oreilles* qui sont normales et n'ont jamais présenté d'engelures.

Les *mains* ne présentent pas de traces évidentes d'engelures, les doigts sont gros et boudinés; la dernière phalange est tuméfiée et globuleuse, en baguette de tambour. Leur couleur est normale, sauf à l'extrémité qui est violacée et sensible à la pression.

Ce gonflement est surtout marqué au médius gauche et terminé en arrière à l'articulation par un véritable ressaut. Cette infiltration est de consistance molle et pâteuse, elle est profonde et n'atteint pas les couches superficielles de la peau.

Les pouces sont atteints comme les autres doigts.

Les deux petits doigts sont plus atteints; la dernière phalange est un peu fléchie, la pulpe amincie, les ongles difformes et retroussés en l'air.

Sur les deux premières phalanges des doigts, outre un certain gonflement, on trouve des bosselures du volume d'un pois causées par des tumeurs sous-cutanées, un peu adhérentes au squelette, mais non à la peau, donnant l'impression d'un kyste. Ces tumeurs sont assez anciennes et indolentes.

On trouve un peu partout quelques petits ganglions lymphatiques durs et mobiles, un, un peu plus gros, dans l'aisselle droite. Elle n'a pas eu de ganglions cervicaux notables dans son enfance.

Rien d'anormal dans les poumons à l'auscultation et à la percussion.

Traitement. — Iodalose, XL gouttes par jour.

Une séance de rayons X, 5 H. sur le nez.

12 octobre 1921 : Les rayons X n'ont amené aucune réaction. Vers le 15 août, M^{me} P... est brusquement tombée malade; fièvre, 39 degrés, sueurs profuses, anorexie, faiblesse extrême et métror-

rhagies, cela a duré trois semaines pendant lesquelles la malade a maigri de 6 kilogrammes. Elle en est restée fatiguée. Elle a cessé l'usage de l'iodalose lors de sa maladie.

Dès le mois de juillet, le nez a diminué de volume; maintenant sa forme est normale, mais il est encore d'un rouge pourpre très accusé.

Depuis le mois d'août, les doigts sont aussi fort améliorés; les petites tumeurs limitées ont à peu près disparu, il reste un peu de gonflement à leurs extrémités.

Traitement. — Liqueur de Fowler.

La malade a écrit en décembre que l'amélioration se maintenait.

Anatomie pathologique des observations II et III. — Il a été fait deux biopsies, l'une chez L. S... (Obs. II) portant sur une plaque très récente et très turgide du poignet, l'autre chez M. F..., d'un mamelon saillant sur le bord de l'aile du nez. Les lésions sont exactement les mêmes dans les deux pièces et les descriptions sont superposables. Je n'en ferai donc qu'une, quitte à signaler après les quelques petites différences.

La néoplasie occupe les parties superficielles du derme et la biopsie n'en montre pas la limite profonde, elle est séparée de l'épiderme resté normal par une mince lame de tissu dermique fibreux dans lequel on ne remarque pas d'infiltration cellulaire anormale, mais seulement des vaisseaux sanguins particulièrement nombreux, dilatés et remplis de sang.

Le derme est remplacé et refoulé par un tissu formé presque exclusivement de cellules épithélioïdes. Ce sont des cellules assez volumineuses, mais indistinctes et mal limitées, avec un noyau ovale ou allongé en boudin, un peu pâle en général, avec un nucléole. Quelquefois les noyaux ne sont pas colorés du tout et sont représentés par des aires claires, par des fantômes de noyaux.

Le protoplasme finement granuleux est très souvent criblé de vacuoles claires, inégales, qui réduisent le protoplasma à des traînées étoilées et donnent à la cellule la forme d'une araignée dont le noyau représente le corps, donnant au tissu un aspect spongieux ou réticulé.

^t Cette altération vacuolaire est extrêmement étendue, et surtout

dans l'observation II où elle atteint la plus grande partie du néoplasme.

Outre les cellules épithélioïdes, on trouve, surtout dans l'observation III, une infiltration de cellules lymphoïdes inégalement distribuées et formant des traînées.

Il n'y a pas de cellules géantes, ni de cellules plasmatiques, ni de mastzellen.

Dans les amas épithélioïdes, il n'y pas de traces de tissu dermique normal, celui-ci est réduit à de minces cloisons assez rares qui séparent les amas et contiennent quelquefois des vaisseaux dilatés. Dans les amas eux-mêmes, on trouve rarement un très petit vaisseau sanguin et rien ne permet de supposer qu'ils soient développés autour d'un vaisseau.

OBSERVATION IV

Jörgen SCHAUMANN.

Il s'agit d'une paysanne de 41 ans, sans hérédité bacillaire.

Début à 23 ans par un petit bouton sur la joue droite.

Cinq ans après, les doigts des mains et des pieds se tuméfient.

En 1909, la partie inférieure du nez est augmentée de volume, fortement vascularisée, parsemée de petites saillies jaunâtres analogues à des nodules lupiques, plus petits cependant; la *joue droite* présente au pourtour d'une partie cicatricielle des saillies semblables. La plupart des *doigts* sont très volumineux.

Le traitement photothérapique fait disparaître ces lésions.

En 1913, la malade revient sans lésions, mais très fatiguée, sans fièvre.

Radiographie des mains et des pieds; foyers arrondis, bien limités, de décalcification, sans lésions voisines et situés à l'extrémité des phalanges. Quelques ganglions disséminés, libres.

Poumons. — Signes cliniques de bacillose; la radiographie donne une augmentation des ombres hilaires et des ombres en taches disséminées dans les parties centrales et basales.

Viscères normaux; formule sanguine normale; mononucléose légère.

Cuti-réaction à la tuberculine : plusieurs fois négative, devient positive par injection, trois jours après, de tuberculine sous-cutanée.

Intradermoréaction, une fois négative, une fois positive.

Deux injections de tuberculine sous-cutanée : réaction générale avec fièvre et augmentation des signes pulmonaires sans modifications cutanées.

Inoculation au cobaye : Sang et ganglions sans résultats.

OBSERVATION V

Agriculteur de 32 ans, de famille très saine, se portant très bien lui-même. A 21 ans, tuméfaction des doigts; cinq ans plus tard, tuméfaction des orteils et du nez, puis les joues s'infiltrèrent.

Actuellement, octobre 1913, augmentation presque uniforme du volume du nez avec épaissement profond, couleur violacée et surface lisse, on y voit des capillaires dilatés, pas de nodules circonscrits. Sur les *joues*, des plaques violacées profondément infiltrées.

Le *médius* et l'*annulaire droit*, ainsi que *plusieurs orteils*, sont gonflés comme dans le *spina ventosa*. Sur quelques-uns des orteils, les téguments sont rouges et parsemés de saillies miliaires jaunâtres, transparentes et de consistance moins molle que celle des nodules lupiques.

La *radiographie* montre même sur les doigts normaux des zones claires de décalcification.

Prurit généralisé, vespéral avec éruption de papulo-vésicules disséminées. Quelques ganglions mous un peu partout.

Muqueuses hypertrophiées par plaques.

Poumons. — Respiration bronchiale; la radiographie y décèle des taches ombrées disséminées ou en plaques volumineuses autour des hiles.

Viscères normaux : la formule sanguine marque une mononucléose.

Cuti-réaction et injection sous-cutanée du tuberculine : négatives.

6 cobayes inoculés au sang et ganglions sans succès après dix-neuf mois.

OBSERVATION VI

Femme de 46 ans, sans antécédents tuberculeux qui, depuis cinq ans, a en permanence, à la suite d'un érysipèle, son nez et ses joues rouges.

En 1913, tuméfaction et rougeur du nez qui s'étendent sans limites distinctes sur les *joues* et les régions sous-narinales; nombreuses dilatations vasculaires, nodules lupiques.

Poumons sans lésions cliniques, présentent des ombres disséminées surtout bilaires; petits ganglions disséminés. Le foie semble déborder les fausses côtes, les autres viscères sont normaux.

Mononucléose sanguine.

Les réactions à la tuberculine et inoculation au cobaye sont négatives.

Anatomie pathologique. — Les lésions cutanées des observations V et VI montrent des nodules circonscrits de cellules épithélioïdes entourés d'une zone incomplète de cellules lymphoïdes.

Dans tous les ganglions on a un tissu tuberculoïde qui tend par son évolution vers la sclérose.

Les amygdales des observations V et VI, quoique normales, présentent des tissus tuberculoïdes. Nulle part on ne constate de nécrose.

OBSERVATION VII

J. RIEUX et DELATTER, du Val-de-Grâce.

V... (Henri), soldat de la classe 1922, dont les parents sont bien portants. Scarlatine dans l'enfance. A l'âge de 7 ans a eu un panaris à l'index droit; il y a quatre ans, la maladie actuelle a débuté par ce même index, puis a suivi les autres doigts un mois après; à la joue droite un placard profond, induré, dont il ne situe pas l'origine. Il exerce la profession de boucher depuis trois ans. Son état général est excellent.

A la *face* on note au-dessus de la narine droite, à la pointe du nez, un petit élément rouge violacé, induré, de la grosseur d'un pois; à

L'oreille gauche, sur le bord externe, au-dessus du lobule, une zone violacée, épaissie, dure, un peu douloureuse aussi bien l'été que l'hiver.

Aux mains, les doigts sont fusiformes, phalange et phalangine épaissies; les ongles de l'index et de l'auriculaire droit sont altérés, friables, la peau des parties malades est violacée, le tissu dermique présente des nodosités étalées.

A l'extrémité de l'auriculaire droit, un élément plus sombre étalé du type engelure. Les os semblent hypertrophiés sans aller jusqu'au spina ventosa.

Aux pieds, mêmes lésions qu'aux mains.

La radiographie des mains et des pieds donne une raréfaction du tissu osseux sous-jacent aux lésions, plus accentuée vers les épiphyses.

L'examen pulmonaire donne une respiration soufflante; la radioscopie montre une masse hilare bilatérale.

La formule sanguine est normale.

Le Wassermann est négatif. Pas d'adénopathie.

La réaction de Besredka pour la tuberculose est positive.

Examen biopsique. — La peau est amincie, nivelée, mais à couche normale et continue; au-dessous, un tissu conjonctif jeune riche en cellules, enserré par des travées fibreuses.

Cette infiltration cellulaire est faite d'amas de cellules épithélioïdes, à noyau clair, et formant un fin réticulum par leurs anastomoses; quelques éléments migrateurs se tiennent à la périphérie des amas; dans les travées fibreuses une infiltration en amas de mononucléaires à centre de cellules épithélioïdes; on pense à de jeunes nodules en formation, vaisseaux rares et ne se tenant que dans les travées fibreuses ou au-dessous de la tumeur. Ces nodules sont plus petits à la périphérie de la tumeur et vers l'épiderme.

OBSERVATION VIII

TENNESSON.

M^{me}. Q. P..., 46 ans, ayant de bons antécédents.

Début par le sourcil droit, il y a dix ans; il a été marqué par une

élévation thermique qui avait fait porter le diagnostic d'érysipèle ; pour les mains, le début remonte à trois ans.

Actuellement, on a affaire à une éruption symétrique à la face. Les *joues* sont tuméfiées, d'une rougeur violacée bien limitée en dedans, diffuse en dehors, profondément infiltrées, fermes, présentant des télangiectasies. Le *nez* est tuméfié, infiltré, déformé, d'un rouge violet intense.

Sur le nez et les joues, on distingue facilement des nodules lupiques jaune typique.

Le *lobule des oreilles* est tuméfié, violet. D'autres plaques sont disséminées sur la face. Sur la face dorsale des *mains* et des *doigts* on trouve une tuméfaction molle, violacée, mal limitée ; pas de traces de tubercules jaunes.

D'autres plaques violacées sur les avant-bras.

Anatomie pathologique par M. Quinquaud. — Sur coupe histologique, on voit une prédominance de cellules épithélioïdes, de très rares cellules géantes. Pas de bacilles, des lacs sanguins dans le réseau vasculaire superficiel. Une infiltration des tissus par une substance myxomateuse cédant parfois la place à de l'œdème avec dilatations des lymphatiques, enfin un grand nombre de petits kystes sébacés.

Inoculation au cobaye +.

Réaction à la tuberculine +.

OBSERVATION IX

DANLOS.

Femme de 38 ans, possédant de bons antécédents et dont les lésions ont débuté il y a cinq ans par les orteils et le nez.

Actuellement, le *nez*, les *joues* et la *lèvre supérieure* présentent une tuméfaction violette et des varicosités, les orifices hilaires sont dilatés.

L'infiltration et leur induration profondes dépassent les limites de l'érythème.

Mains : Les médius droit et gauche sont gonflés en radis, avec une teinte légèrement violacée.

Les *orteils* sont tuméfiés et violacés.

Pas de ganglions, le foie et la rate sont normaux.

L'examen radioscopique des os ne signale aucune lésion.

Examen microscopique. — Ni parasites, ni bacilles, quelques cellules géantes.

Épiderme : Aminci, normal, pigmentation au niveau des papilles.

Derme : Dilatation vasculaire sanguine avec infiltration de cellules plasmatiques et lymphoïdes périvasculaires. Ces nodules dominent dans les parties profondes du derme.

OBSERVATION X

A. KÜHLMANN.

Un homme de 46 ans dont la maladie a débuté il y a neuf ans par le pouce.

Tout le bout du *nez* est occupé par une tumeur rouge violet, bien limitée, assez ferme, couverte d'une peau tendue et sillonnée de veines dilatées. Les cavités nasales sont indemnes.

Sur chaque *joue*, surtout à droite, est une tumeur rouge bien limitée, mobile sur les plans profonds avec des veines dilatées.

Les *main*s sont épaissies, le squelette des doigts est gros.

Les *doigts* sont inégalement pris, le médius gauche plus que les autres; sur le dos de la main sont disséminées des nouures rouge violet analogues à celles de la face, mais plus dures.

Les tuméfactions des doigts rappellent tout à fait le *spina ventosa*, mais il n'y a ni fistules, ni cicatrices, On ne trouve nulle part de nodules lupiques.

Un *traitement* par les rayons X reste sans effet.

La *radiographie* des mains montre les os augmentés de volume, sans dilatation des cavités médullaires, mais avec transparence anormale des os; c'est surtout la tuméfaction de la peau qui fait penser au *spina ventosa* et non celle des os; la radiographie, d'ailleurs, en est très différente.

Les altérations osseuses les plus accusées correspondent aux doigts dont les lésions cutanées sont aussi les plus marquées.

Anatomie pathologique. — Biopsie faite aux dépens du pouce. Derme infiltré d'amas épithélioïdes bien limités. Pas de cellules géantes. Pas de caséifications; cependant dans les nodules, il y a des noyaux qui se colorent mal.

OBSERVATION XI

POLLAND.

Il s'agit d'un homme de 52 ans, cultivateur, qui a eu, il y a vingt ans, des lésions pulmonaires, puis une arthrite. Depuis, il présente des troubles cardiaques, gastriques et respiratoires.

Les lésions du nez datent de cinq ans, celles des doigts de deux ans.

Insuffisance mitrale, cyanose.

Le nez est tuméfié, de couleur violet foncé, les narines sont normales ainsi que la muqueuse. La tuméfaction est molle et ne dépasse pas le nez.

Dans la tête du *sourcil gauche*, une plaque saillante assez molle, violacée, sur laquelle font saillie quelques nodules lenticulaires brunâtres.

Dans les deux sourcils, quelques nodules miliaires gelée de pomme.

Sur le dos des deux *mains*, la peau est atrophique et cyanosée.

Sur les *jambes*, quelques plaques rouges, une ulcération torpide fongueuse et plusieurs nodules miliaires jaunâtres.

Examen microscopique :

a) Les plaques saillantes de la face montrent un tissu de cellules épithélioïdes groupées en amas mal limités avec beaucoup de cellules rondes au pourtour et quelques cellules géantes;

b) Les nodules jaunâtres donnent tout à fait la structure du lupus.

OBSERVATION XII

V. KLINGMÜLLER.

Il s'agit d'un homme de 20 ans, assez malingre, ouvrier agricole, qui présente une adénopathie générale.

Le nez est gonflé, infiltré, *dur*, bleu violet. Sur chaque *joue* est une plaque analogue. Gonflement de la muqueuse nasale et gutturale, hypertrophie des amygdales.

Plusieurs *doigts* présentent un gonflement fusiforme de presque toute leur longueur. Pas de douleur.

La *radiographie* montre une perte de substance osseuse d'une phalange du petit doigt droit.

Cinq injections négatives de *tuberculine*.

Début en 1900; en 1906, après un traitement à l'iode et au mercure, pas d'amélioration.

L'*examen microscopique* d'une pièce du doigt montre un tissu de tuberculose.

OBSERVATION XIII

Il s'agit d'un homme de 27 ans, boucher, dont le mal a débuté, l'âge de 18 ans, par du gonflement de tous les doigts successivement.

Actuellement, sur le *nez*, les *paupières*, les *joues*, les *oreilles*, sont des plaques rouge pourpre, mal limitées, quelquefois exulcérées; tous les *doigts* sont gonflés et rouge pourpre, assez fermes à la palpation; la pression est douloureuse.

La *radiographie* montre les *os tuméfiés*; la quatrième phalange gauche est décalcifiée.

Réaction négative à la *tuberculine*.

Traitement. — Le mercure apporte une légère modification.

Les inoculations au cobaye sont négatives.

Examen microscopique. — Tissu de tuberculose.

OBSERVATION XIV

C'est un homme de 24 ans, commerçant; la maladie a débuté à 18 ans par des érysipèles répétés qui laissent le nez obstrué. Le malade est porteur d'une adénopathie générale.

Le nez est rouge, violacé et gonflé avec extension vers les joues. D'autres plaques sont disséminées sur la *face*, plaques violacées, infiltrées, fermes. L'infiltration ferme est plus étendue en profondeur qu'à la surface, elle est mal limitée. La vitropression montre de très petits nodules lupiques.

Réaction avec 5-10 milligrammes de *tuberculine* = locale *positive*, sans fièvre; après quelques années, la réaction à la tuberculine est pratiquée et donne un résultat *négatif*.

L'*inoculation* au cobaye est négative.

Examen microscopique. — Tuberculose.

Traitement. — Finsentherapie et rayons X; amélioration notable.

L'*examen histologique* des trois observations précédentes donne :

Des lésions siégeant dans le derme, atténuées vers la surface, constituées par des amas bien limités, atteignant le tissu graisseux et formés de cellules épithélioïdes vers le centre et de cellules d'infiltrations lymphoïdes, surtout vers la périphérie, et très nombreuses.

Cellules géantes dans les observations XIII et XIV.

Les tissus fibreux et élastiques ont à peu près disparu.

Pas de microbe.

OBSERVATION XV

A. FLORANGE.

C'est un employé de bureau de 48 ans. Se présente à la consultation, le 5 octobre 1908.

Antécédents héréditaires : bons; personnels : en 1903, une bronchite.

1906 : Début par un érythème des joues avec gonflement des ganglions cervicaux et gonflement rapide des doigts et orteils.

1908 : Face et ganglions cervicaux tuméfiés.

Sur les *joues*, la peau est rouge violacé, présente des nodules lupiques bruns et de minimas ulcérations, elle est infiltrée. Muqueuses épaissies.

Main gauche : Trois doigts fortement gonflés.

Main droite, pied droit et pied gauche : Quelques doigts présentent une sérieuse tuméfaction des os et des ulcérations. Les différents viscères sont normaux.

Traitement par la méthode de Freund et Schiff. — Une dose dite normale de rayons X tous les cinq jours, jusqu'en mars 1909 ; arrêt quelque temps.

3 mars 1909 : L'enflure a diminué, les ulcérations ont guéri, on renouvelle le traitement jusqu'en mai 1909. Crise rhumatoïde, tout disparaît, même le gonflement des doigts. État général excellent. Indolence complète des lésions.

La réaction de Wassermann est négative.

La radiographie montre des lésions épiphysaires des os ressemblant à du spina ventosa.

2° Observations avec localisation à la face.

OBSERVATION XVI

W. DUBREUILH.

M^{me} M..., de Riom, âgée de 35 ans, petite femme maigre mais bien portante et sans antécédents de tuberculose personnels ou héréditaires ; elle se présente le 15 mars 1922 pour une tuméfaction rouge du nez.

La maladie a débuté en 1914 par une obstruction de la fosse nasale droite, assez variable d'un moment à l'autre et parfois complète ; elle n'était ni précédée ni accompagnée d'écoulement nasal, de jetage, de croûtes ou d'épistaxis ; actuellement, on trouve dans la fosse nasale droite une tumeur appliquée sur la cloison, à 2 centimètres de l'entrée, paraissant avoir le volume d'un haricot, sessile, saillante, pâle, à surface finement mamelonnée, sans ulcération et de consistance très ferme. La fosse nasale gauche est tout à fait normale.

La tuméfaction du nez a débuté il y a un an et s'est graduellement développée; elle forme maintenant une tumeur globuleuse, comme une grosse cerise, coiffant le bout du nez, elle est bien limitée, de couleur rouge vif, de consistance extrêmement molle, presque myxomateuse. L'épiderme aminci est semé de petites squames ou de croûtelles, mais il n'y a pas d'ulcération véritable.

La vitropression ne montre pas clairement de nodules jaunâtres, mais seulement quelques points blancs comme des grains de milium. Il n'y a aucune lésion ailleurs, rien aux mains, pas d'adénopathie cervicale.

Cette lésion du nez ressemble un peu à du lupus vulgaire myxomateux, elle en a la consistance et à peu près aussi les couleurs, mais il n'y a pas de points jaunes et la tumeur de la cloison nasale n'est sûrement pas du lupus.

Traitement. — Liqueur de Fowler, XX gouttes par jour.

OBSERVATION XVII

C. KREIBICH.

Il s'agit d'une femme chez qui la maladie a débuté il y a cinq ans et dont les antécédents familiaux font éliminer la tuberculose.

Les lésions forment un papillon couvrant le nez et les joues, de couleur pourpre un peu brunâtre, d'une infiltration molle dépassant les lésions visibles. Leur surface est inégale par suite des points atrophiques déprimés. Les narines sont rétrécies par le gonflement des ailes.

Examen histologique. — Infiltration de cellules épithélioïdes. Cellules multinucléées simulant les cellules géantes. Cette infiltration est localisée surtout autour des vaisseaux lymphatiques.

La réaction à la tuberculine est restée négative de même que les inoculations au cobaye.

3° Observations inédites.

OBSERVATION XVIII

Service de M. le professeur DUBREUILH.

Lupus pernio du nez et de l'oreille gauche.

M^{me} Marie C..., âgée de 56 ans, domestique, vient à la consultation de la clinique dermatologique, le 19 avril 1923, pour une tuméfaction indolente et rouge du nez et de l'oreille gauche.

C'est une femme de taille moyenne, en bonne santé, aux cheveux poivre et sel, au visage couperosé, de bon appétit, ne toussant ni ne crachant et ne s'enrhumant pas facilement.

Veuve depuis vingt-trois ans, son mari paraît être mort de tuberculose pulmonaire avec entérite bacillaire. Elle n'a qu'un fils âgé maintenant de 38 ans, en parfaite santé, et elle n'a pas eu d'autres grossesses.

Elle a vécu jusqu'à 44 ans à la campagne où elle s'occupait, en outre des soins du ménage, d'une vache de race bretonne, d'apparence vigoureuse.

Depuis douze ans, elle habite Bordeaux.

L'affection a débuté, il y a deux ans et demi environ. La malade a noté alors que le pavillon de l'oreille gauche était un peu plus rouge qu'auparavant et qu'il augmentait de volume dans son ensemble. Elle a remarqué vers cette époque une petite plaque rouge sur le versant droit du nez qui s'est étendue peu à peu.

Depuis ce début, les tuméfactions s'étendent d'une façon lente et progressive, sans arrêt notable dans leur évolution. Jusqu'à ce jour, le traitement a été purement local et a consisté en application de pommades.

19 avril 1923 : Le nez est le siège d'une tuméfaction violacée, disposée d'une façon symétrique sur l'arête et les deux versants; sur l'arête, la rougeur commence à un travers de doigt de la racine du nez et s'étend en bas à la plus grande partie du lobule; elle s'étale sur les deux versants en respectant à peu près les ailes. Les dimen-

sions sont de 5 centimètres sur 4 centimètres. Le nez se trouve aussi largement augmenté de volume, surtout aux deux tiers inférieurs de l'arête et des versants. La limite de la tuméfaction est assez précise dans l'ensemble. La teinte est à peu près uniformément rouge violacé, mais de fines télangiectasies sont surtout remarquables à la périphérie, près des pommettes qui sont fortement couperosées. La surface est à peu près unie, bien que l'on observe déjà à l'œil nu les orifices folliculaires très dilatés. A la loupe, la plupart d'entre eux sont obturés par de petits bouchons cornés un peu saillants qui donnent au toucher une sensation de râpe.

Ces bouchons sont plus abondants à l'extrémité du lobule où leur confluence forme une petite plaque brunâtre ressemblant à la séborrhe concrète. Des frictions à l'éther, loin de faire disparaître cette plaque l'accusent davantage.

A la palpation, qui est indolente, la tuméfaction est nettement infiltrée, très molle au niveau du lobule, de consistance plus ferme sur l'arête.

La vitropression fait pâlir la lésion, mais ne met pas en évidence des points jaunes caractéristiques.

A aucun moment la malade n'a observé d'écoulement nasal et elle n'a jamais mouché de croûtes.

L'oreille gauche est augmentée de volume dans toute son étendue, mais la tuméfaction occupe surtout le bourrelet et le lobule dont le volume est au moins le double de celui de l'oreille droite qui est saine. La coloration est uniformément rouge violacé, parsemée de fines télangiectasies.

La peau est très fine et amincie. L'infiltration uniforme est surtout marquée au lobule qui est pendant et comme myxomateux. La consistance est d'une mollesse extrême.

A la vitropression, la rougeur disparaît et laisse à la place une coloration blanc grisâtre, parsemée de petits nodules miliaires jaunâtres, opaques, qui ne ressemblent pas aux nodules lupiques.

La malade n'a pas remarqué qu'au moment des grands froids, le nez ni l'oreille augmentaient de volume ou devenaient plus violets.

L'examen des différents viscères est normal. La malade ne présente pas de ganglions et d'amygdales particulièrement volumineux.

L'examen radioscopique de l'appareil pulmonaire pratiqué par le docteur Nancel-Pénard a montré « des plages pulmonaires normalement transparentes, aucun indice de densification du parenchyme; par contre, les régions hilaires sont très chargées des deux côtés, adénopathie manifeste et importante bilatérale, mais peut-être plus accusée du côté gauche ».

L'examen clinique des phalanges des mains et des pieds et leur radiographie ne montrent aucune altération pathologique.

Les fosses nasales examinées dans le service du professeur Moure sont normales.

Le traitement consiste en pilules à l'acide arsénieux, à raison de 5 puis 10 milligrammes par jour, et en application de neige carbonique que l'on renouvelle environ toutes les trois semaines.

L'amélioration est assez rapide.

23 novembre 1923 : Le nez est normal, comme forme et comme volume, à l'exception d'une très légère tuméfaction rose à la partie inférieure du lobule qui n'est cependant pas assez accusée pour qu'on intervienne.

On constate de plus que la paroi droite du nez est plus épaisse que celle de gauche. Cet épaississement perceptible seulement par la palpation bidigitale est peu étendu et fait seulement relief à l'intérieur des fosses nasales.

A l'oreille gauche, le lobule a un volume normal. Il est plus pâle, quoique encore un peu marbré de rouge violacé. Au-dessus du lobule et sur une hauteur de 3 centimètres, l'ourlet est encore pourpre, gonflé et mou.

Il est fait une nouvelle application de neige carbonique et l'acide arsénieux est porté à 12 milligrammes.

Une épreuve à la *tuberculine* ne donne aucun résultat.

Anatomie pathologique. — Une biopsie a été faite le 21 avril 1923 aux dépens de l'oreille gauche. La pièce, assez étendue et assez profonde, est entièrement formée par un tissu de granulations qui remplace complètement le derme dont on ne trouve plus de traces; ce tissu est fortement œdématié et cet œdème dissociant tous les éléments donne aux coupes l'aspect d'une fine dentelle :

1° L'épiderme de revêtement est extrêmement mince, mais on y

retrouve à l'état de vestiges toutes les couches normales. Une mince lamelle cornée, quelques cellules granuleuses très aplaties, deux ou trois rangées de cellules muqueuses aplaties et lamelleuses, une couche basale très indistincte et comme vacuolaire à cause de l'œdème qui en dissocie les cellules en leur donnant une forme étoilée ;

2° Au-dessous de cet épiderme rudimentaire se trouve une lame conjonctive d'épaisseur variable, mais généralement d'une extrême minceur œdématiée et modérément infiltrée de lymphocytes ;

3° Tout le reste, c'est-à-dire la presque totalité de la coupe, est occupé par un tissu de granulations dans lequel on peut distinguer deux parties assez étroitement mêlées ; des amas de cellules épithélioïdes et des traînées de tissu réticulé rempli de cellules rondes.

Un peu partout, mais surtout vers la surface, sous l'épiderme et dans les travées de tissu réticulé, sont de très nombreux vaisseaux inégalement dilatés, à paroi très mince, presque réduits à leur endothélium ayant plutôt l'aspect de sinus que de vaisseaux véritables.

Les travées sont formées par un tissu réticulé très fin, cependant colorable par le rouge ponceau et dont les nœuds sont occupés par des cellules avec un noyau petit, rond, bien limité, fortement coloré dans sa totalité et dont le protoplasma est très réduit et souvent invisible, de sorte que ces noyaux paraissent nus.

En raison de l'abondance des noyaux, ces traînées paraissent violettes à un faible grossissement ; elles se ramifient pour séparer plus ou moins complètement les amas de cellules épithélioïdes.

Le deuxième type forme des amas arrondis qui, sur les coupes colorées par l'hématéine-éosine, forment des taches rougeâtres, sont principalement formés par des cellules à noyaux plus volumineux, allongés, pâles et quelquefois presque incolores n'ayant pas pris les couleurs basiques et se distinguant à peine du protoplasma. Le protoplasma fortement acidophile est assez abondant et les cellules sont donc assez grandes, de volume inégal et de forme irrégulière, étoilées généralement, dissociées par l'œdème et s'anastomosant par leur prolongement.

Quelquefois ces cellules sont moins dissociées et plus cohérentes ou même forment des plasmômes à noyaux très multiples consti-

tuant des sortes de cellules géantes de formes irrégulières et à noyaux irrégulièrement distribués ; entre ces grosses cellules pâles se trouvent toujours disséminées un certain nombre de petites cellules rondes à noyau fortement coloré. On n'y voit pas de vaisseaux.

Ces amas épithélioïdes sont assez petits, généralement arrondis, tantôt contigus, tantôt séparés par des trainées de tissu réticulé mais généralement assez distincts.

Dans les préparations colorées au Papenheim, on ne voit pas de cellules plasmatiques, mais on remarque que le protoplasma homogène des cellules épithélioïdes prend une légère teinte rosée.

OBSERVATION XIX

Service de M. le professeur DUBREUILH.

Lupus pernio du nez et des joues.

M^{lle} Clotilde D..., âgée de 28 ans, vient à la consultation de la clinique dermatologique, le 28 septembre 1922, pour des plaques rouges et infiltrées du nez et des joues.

C'est une jeune femme blonde, vigoureuse, d'apparence robuste, à peau épaisse, légèrement séborrhéique.

Nourrie au sein maternel, elle a toujours été bien portante. Elle a vécu à la campagne, où jusqu'à ces jours-ci elle cultivait la terre.

Le père et la mère sont morts sans antécédents bacillaires, après avoir mis au monde six enfants, tous bien portants et vivants.

L'affection a débuté, il y a onze ans, par les joues qui étaient rouges et prenaient sous l'action du froid une couleur violette. Au printemps 1919, le nez a été atteint à son tour. La lèvre supérieure enfin est intéressée depuis quelques semaines.

Le lobule du nez est le siège d'une infiltration cutanée d'un violet asphyxique, qui dans l'ensemble donne l'aspect d'une grosse cerise. La tumeur est bien limitée, coiffant l'extrémité du nez, froide, indolente et très molle au toucher. L'épiderme est très aminci, se plisse finement et donne au palper une sensation un peu rugueuse due à la présence de petits cônes cornés. La coloration violette est plus marquée en certains points, qui font de légères saillies mamelonnées,

on trouve même de fines télangiectasies. Peu sensible à la pression en été, le lobule devient légèrement douloureux spontanément au froid.

Les deux *joues* sont en grande partie recouvertes par des plaques rouges, légèrement saillantes, un peu accidentées par des mamelons de teinte plus foncée. La coloration de ces plaques est franchement rouge et diffère de la teinte violette du lobule du nez. Mais les caractères d'ensemble sont les mêmes que ceux de la lésion nasale. A la joue droite, le placard est arrondi et présente les dimensions d'une pièce de 5 francs. Il s'arrête en haut et en dedans à 1 centimètre de la paupière inférieure et du nez; il ne dépasse pas en bas la commissure latérale, les limites en sont assez irrégulières, imprécises et les bords se dégradent rapidement vers la peau saine. La surface, qui fait une légère saillie, est veloutée et douce au toucher. La palpation dénote les caractères de mollesse signalés au niveau du nez et dus à l'infiltration du derme. A la partie inférieure de la lésion sont de petites dépressions épidermiques cratériformes, confluentes ou isolées, de teinte plus franchement rouge que le reste du placard. La vitropression fait pâlir la peau dans sa totalité et produit une coloration marbrée montrant sur un fond blanc ou gris de petits éléments brunâtres, confluentes, non translucides, qui n'ont pas les caractères du nodule lupique.

La joue gauche rappelle la joue droite; on y trouve deux plaques rouges, l'une à la partie supérieure de la joue, l'autre un peu au-dessus de la commissure labiale, de la dimension d'une pièce de 1 à 2 francs, séparées par un sillon assez large un peu plus rose que le reste de la joue, mais présentant les caractères de la peau saine. Sur l'îlot supérieur est une cicatrice, grande comme une lentille, irrégulière, déprimée, achromique et due à un traumatisme qui s'est produit il y a trois ans. A la *lèvre* supérieure existe une tache uniformément rose, du diamètre d'une pièce de 50 centimes, de limites floues, à peine saillante et présentant à sa surface de fines télangiectasies.

Le froid, ainsi que la pression répétée au cours de l'examen, modifient un peu l'aspect des divers éléments. Ceux-ci deviennent plus saillants, comme turgescents, et prennent une teinte violet foncé. Ce fait est surtout remarquable au nez.

Il n'y a ni prurit ni douleur si ce n'est par grand froid.

Aux mains et aux pieds, on n'observe pas de modifications de volume ou de coloration, mais les extrémités sont cependant froides même à la saison chaude.

La malade n'a jamais eu d'engelures ni aux pieds, ni aux mains, ni à la face. Elle signale un catarrhe nasal fréquent l'hiver.

L'examen des viscères ne montre rien de pathologique; les poumons, le cœur, le foie et la rate sont normaux. Dans le sang, la formule leucocytaire est normale. Il n'y a pas d'hypertrophie des amygdales. Dans les deux régions sous-maxillaires existent de volumineux ganglions qui paraissent être en rapport avec une dentition défectueuse; il existe enfin un ganglion épitrochléen du côté droit du volume d'une noisette.

Le docteur Nancel-Pénard, qui a fait l'*examen radioscopique* du thorax, a remis la note suivante : « Pas d'opacité appréciable du parenchyme pulmonaire, les sommets s'éclairent bien à la toux. Bonne amplitude diaphragmatique. Hiles très chargés : adénopathie hilare manifeste surtout appréciable à droite ».

6 décembre 1922 : La malade a d'abord pris du sirop iodotannique, puis, il y a un mois, d'une manière régulière, sans arrêt, XX gouttes par jour de liqueur de Fowler et de l'huile de foie de morue. Depuis une dizaine de jours, elle a des signes d'intolérance dus à l'arsenic et caractérisés par une sudation exagérée de la paume des mains, des creux axillaires, de la plante des pieds, et par de la congestion des conjonctives avec sécrétion lacrymale abondante.

En outre, depuis une quinzaine de jours ont apparu des engelures sur les mains seulement.

La malade affirme que c'est bien le premier hiver qu'elle a des engelures, et qu'elle n'en a jamais eu, même dans son enfance, coïncidant ainsi avec son séjour à Bordeaux qu'elle n'a pas quitté depuis trois mois.

Notons aussi qu'une sœur de la malade, âgée de 38 ans et qui vit dans notre ville depuis dix ans, a vu survenir chez elle des engelures aux mains et aux pieds dès le premier hiver qu'elle a passé à Bordeaux et que ses engelures récidivent tous les hivers. Avant cette époque et même dans son enfance, alors qu'elle vivait à la campagne,

elle n'en avait jamais présenté. Un frère et une autre sœur qui demeurent à la campagne ont des engelures.

17 décembre 1923 : Les pommettes sont dans le même état qu'il y a deux mois. Elles sont roses, chaudes et paraissent normales. Depuis un mois, c'est-à-dire depuis le commencement du froid, le nez s'est violacé peu à peu et est redevenu froid. Aujourd'hui, dans toute son étendue, on le trouve violacé et froid.

L'application de neige carbonique paraît contre-indiquée actuellement. On fait cesser la liqueur de Fowler pour prendre III gouttes par jour de trinitrine, solution à un centième.

7 janvier 1924 : Cuti-réaction à la tuberculine négative.

Examen de laboratoire. — Au-dessous de l'épiderme aminci dans toutes ses parties, mais au demeurant normal, la couche superficielle du derme est représentée par une nappe très vasculaire, véritablement angiomateuse, formée de vaisseaux contournés, à large lumière, béants, généralement vides et dont la paroi est presque réduite à leur endothélium et dont les noyaux font quelquefois saillie dans la cavité. Le tissu dans lequel sont creusés ces sinus est très clair, comme œdématié, formé de fibres conjonctives très fines et surtout de cellules ramifiées en araignée donnant un aspect de tissu muqueux.

Au-dessous règne une nappe épaisse d'infiltration cellulaire, dense, et dont la biopsie n'atteint pas la limite profonde. Cette nappe, assez bien limitée vers la surface, paraît formée exclusivement de cellules et ne laisse nullement reconnaître la structure du derme qu'elle remplace et qu'elle a fait disparaître. Dans cet infiltrat, on distingue des points plus clairs par la moindre abondance des noyaux, points qui sont quelquefois arrondis et nettement limités, presque encapsulés, plus souvent irréguliers et mal limités.

Cet infiltrat est surtout composé de cellules mononucléaires à noyaux petits, arrondis et fortement colorés. Quelquefois, elles existent seules, mais généralement elles sont plus ou moins mélangées à d'autres cellules plus volumineuses qui, lorsqu'elles sont presque seules, forment les îlots clairs, précédemment signalés. Ces cellules ont un noyau plus volumineux, allongé, plus pâle, quelquefois tout à fait pâle et réduit à l'état d'ombre, souvent nucléolé. Leur proto-

plasma est très variable, mais toujours occupant un assez large espace; il est tantôt homogène, finement granuleux, assez bien coloré par l'éosine, généralement plus ou moins creusé de vacuoles claires, lui donnant un aspect écumeux, ou même remplaçant tout à fait le protoplasma, la cellule se trouvant alors réduite à un large espace clair avec un noyau au milieu. Les îlots clairs de l'infiltrat sont dus à la prédominance de ces cellules et à la moindre abondance des mononucléaires. Ces cellules volumineuses, à noyau pâle, paraissent correspondre à des cellules dites épithélioïdes.

On ne voit pas de rapport entre ces îlots et les vaisseaux qui, du reste, manquent complètement dans l'infiltrat, alors que les vaisseaux dilatés de la surface ne présentent aucune infiltration péri-vasculaire.

Pas de cellules plasmatiques par la coloration au Pappenheim.

OBSERVATION XX

Service de M. le professeur PETGES.

Lupus pernio du nez.

M^{lle} Irène H..., 12 ans, habitant à Bordeaux, se présente à la consultation de dermatologie pour faire examiner son nez qui, depuis trois ans, grossit et devient de plus en plus rouge, surtout pendant l'hiver.

6 novembre 1923 : Le lobule du nez est globuleux, déformé, rouge, devenant violet au froid.

Traitement. — Sirop iodotannique phosphaté; frictions à l'alcool; localement, pommade à l'ichtyol.

État actuel, 11 février 1924. — *Antécédents* : La grand'mère maternelle est morte d'une maladie de cœur; la mère a présenté dans sa jeunesse des mouvements choréïques (type Sydenham). Une sœur de la malade est morte de cyanose congénitale, une autre est rhumatisante. Aucun antécédent bacillaire chez les parents et grands-parents.

Quant à la malade, à 2 ans, elle a présenté une bronchite aiguë, qui a récidivé tous les hivers jusqu'à l'âge de 6 ans; à 9 ans, une

rougeole; elle n'a jamais eu d'engelures, mais toujours, par contre, de petits ganglions.

Son nez présente un lobule modifié dans sa forme et dans sa couleur; il est plus globuleux que normalement et notablement augmenté de volume (aspect en palel); il est rouge rosé avec des reflets blanc pâle en certaine zone. En bordure, il existe quelques télangiectasies, surtout à la partie supérieure latérale droite où on note la présence d'une macule congestive grande comme un grain de chènevis-ayant l'aspect d'un petit angiome. Malgré cet aspect rouge et congestionné, le lobule du nez est froid, bien que l'enfant soit dans une salle surchauffée et que ses joues soient brûlantes; sa consistance est molle, la peau a l'aspect chagriné; les joues sont rouges, congestionnées, couperosées avec quelques plaques de télangiectasies. Quelques groupes télangiectasiques à la lèvre supérieure.

Rien ailleurs, sinon une engelure du petit orteil du pied gauche signalée depuis cet hiver.

L'examen détaillé de la malade nous donne un état général bon, des tics de la face, des viscères normaux, un corps thyroïde un peu gros, des ganglions disséminés un peu partout (grosseur d'un pois), libres, non douloureux, durs.

La muqueuse nasale est congestionnée et la malade présente de l'hydrorrhée nasale d'une façon courante.

Les amygdales sont grosses, rouges, débordant les piliers.

La réaction de Wassermann a donné : positive faible.

La cuti-réaction à la tuberculine a été positive.

La réaction de Besredka pour la tuberculose a été négative.

La radiographie des pieds et des mains a montré une ossature très normale; celle des poumons quelques ganglions trachéo-bronchiques et la radioscopie est celle d'un poumon fonctionnant normalement.

Traitement, 17 février 1924. — Bain électrolytique du nez à l'aide d'un courant continu de 12 milliampères durant de cinq à vingt minutes par séance. L'amélioration est notable après 20 séances.

Évolution. — Elle est généralement très lente et il n'est pas rare de trouver des lésions qui évoluent depuis cinq à six ans (parfois dix et quinze) sans présenter de signe de guérison; les

lésions s'étendent par leur périphérie sans rétrocession apparente des lésions centrales.

Les plus jeunes sont moins violacées que les plus âgées ; s'il y a régression, elle peut se faire sans laisser de trace et l'évolution de cette néoplasie toujours bénigne aboutit en dernier terme à une transformation fibreuse des tissus lésés, sans caséification, ni calcification. Au point de vue microscopique, il semble, d'après certains examens dus à Schaumann, qu'il en soit toujours ainsi, mais de terminaison définitive de cette maladie générale, il est impossible d'en citer ; aussi ne saurions-nous dire à quel terme aboutit le lupus pernio.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

De l'examen des diverses observations de lupus pernio publiées dans ce travail nous avons essayé de tirer une symptomatologie microscopique caractéristique de cette affection.

C'est elle qui fera l'objet de ce chapitre.

Nous y passerons en revue successivement : la peau, le poumon, l'os, le sang et les organes lymphoïdes : amygdales, ganglions, rate et foie.

La peau.

L'épiderme : Il nous paraît généralement aminci, continu, présentant à l'état de vestiges toutes les couches normales, ainsi qu'il en est fait une description détaillée dans une observation due à M. le professeur Dubreuilh :

« Une mince lamelle cornée, quelques cellules granuleuses très aplaties, deux ou trois rangs de cellules muqueuses aplaties et lamelleuses, une couche basale peu nette. »

Les crêtes papillaires et papilles correspondantes n'existent plus ; une pigmentation est signalée, à ce niveau, par Danlos, qui l'attribue à une désintégration des globules rouges, vestiges d'un réseau superficiel voisin, dilaté.

Parfois, un œdème vient dissocier jusqu'à la couche basale de l'épiderme et dans un cas de Tenneson, c'est une substance myxomateuse qui coexiste avec l'œdème.

L'épiderme franchi que trouve-t-on ?

Généralement, un tissu très vasculaire, souvent isolé, parfois confondu dans un tissu conjonctif jeune, riche en cellules, qui nous indique l'approche de la néoplasie; cette première zone est faite de vaisseaux dilatés en sinus, gorgés de sang et présentant des parois excessivement minces.

Dans le cas de MM. Rieux et Delattre, cette couche superficielle vasculaire n'existe pas.

Le derme : C'est ici le lieu de prédilection de la néoplasie, et à mesure que nous irons vers la profondeur, où semblent se tenir les lésions originelles (nous indiquant ainsi le sens de la propagation de la tumeur), ce tissu néoformé sera plus dense et plus typique.

Ce derme peut être œdématié, comme nous l'indiquent quelques observations, et présenter alors un aspect réticulé, donnant l'impression d'une fine dentelle dans laquelle seraient enchâssées les cellules néoplasiques. On peut distinguer en lui plusieurs éléments : des cellules épithélioïdes, des cellules lymphoïdes, des cellules géantes ou pseudo-cellules géantées; enfin, chassé de sa place, le derme proprement dit réduit à ses travées fibreuses ou à quelques faisceaux de fibres élastiques tassés les uns contre les autres et servant de cadre au néoplasme. Les vaisseaux suivent de préférence ces travées ou ils paraissent parfois dilatés; ils sont très rares et très fins, quand ils existent, au sein des amas cellulaires et leur présence, du moins dans la plupart des cas, ne peut faire penser qu'ils soient le point de départ de la néoplasie.

Nous avons signalé des éléments étrangers au derme normal, voyons comment ils se présentent. *Cellules type épithélioïde*; ce sont de grosses cellules pâles, à contour peu net et parfois très découpé, à protoplasme criblé de fines vacuoles donnant à l'ensemble de la cellule un aspect de dentelle. Ces cellules prennent très peu les colorants et sont munies d'un noyau de forme très varié, vacuolé et clair au point d'être confondu parfois avec le reste de la cellule.

Ce type épithélioïde représente la masse de l'infiltrat constitué par des amas généralement bien nets, entourés ou pénétrés par

quelques *cellules lymphoïdes* rondes, petites, à gros noyau très coloré, remplissant la presque totalité de la cellule. Ces cellules lymphoïdes forment souvent des trainées inégalement distribuées, on les trouve parfois dans les travées fibreuses, comme le signalent Rieux et Delattre; dans cette observation, elles sont groupées en assez grand nombre présentant au centre de leur amas quelques cellules épithélioïdes. L'auteur pense que ces noyaux cellulaires pourraient bien représenter les lésions à la période jeune. *Cellules géantes et pseudo-cellules géantes*; parmi les amas déjà décrits où dominent les cellules du type épithélioïde, on peut distinguer quelques variétés; il en est qui correspondent exactement à la description déjà faite et n'ont rien de bien caractéristique; il en est d'autres, au contraire, qui semblent plus tassés, les limites cellulaires ont tendance à disparaître et au centre de l'amas on ne les distingue plus; seuls les noyaux persistent quoiqu'ils soient moins colorables à mesure que l'on approche du centre, que faut-il de plus pour faire penser à une cellule géante; et cependant, il n'en est rien, car les noyaux y sont également distribués et le centre ne présente pas de caséification.

Il n'en est pas toujours ainsi et Kühlmann et Schaumann signalent des amas épithélioïdes à cellules géantes bien caractérisées, mais toujours sans caséification bien nette.

Un amas de cellules épithélioïdes pénétré par quelques cellules lymphoïdes qui lui feront aussi une couronne incomplète, quelques rares cellules géantes ou pseudo-cellules géantes et nous avons le type histologique le plus courant du lupus pernio. Mais il n'est pas unique et quoique plus rare nous en trouvons un deuxième caractérisé par une infiltration où prédominent les cellules du type lymphoïde.

Cette infiltration siège autour des vaisseaux dilatés et autour des glandes, formant un véritable manchon cellulaire, Danlos nous en présente un cas, de par ailleurs, il n'y a note aucune cellule géante.

Cette infiltration péri-vasculaire est aussi décrite par Kreibich,

mais il s'agit ici d'un infiltrat de cellules épithélioïdes autour de vaisseaux lymphatiques. Dans le même ordre d'idée, Tenneson signale dans un cas une dilatation énorme des lymphatiques.

Jusqu'ici nous nous sommes tenu assez loin du type histologique simulant le lupus vulgaire. Klingmüller et Polland nous en apporteront chacun un cas, mais disons tout de suite que ces dernières formes histologiques de lupus pernio ont aussi au point de vue clinique un aspect un peu spécial; Polland déjà l'avait remarqué et voulait pour cette raison classer le lupus pernio sous deux formes :

Une première comprenant les cas à type tuberculoïde très accusé; une deuxième comprenant les cas à infiltration épithélioïde et correspondant cliniquement à la symptomatologie déjà décrite.

Toutefois, dans aucune observation, nous n'avons pu signaler de caséification proprement dite et surtout aucun bacille.

De par ailleurs, les cellules de cet infiltrat ne présentant aucune figure de karyokinèse, les vaisseaux ayant tous leur paroi propre, quoique réduite à un simple endothélium, on ne pourra penser qu'à une tumeur bénigne.

Histologie du tissu osseux.

Du côté osseux, tout ne nous est pas révélé par la radiographie et des phalanges peuvent être le siège d'une néoplasie déjà très accusée, comme nous l'allons voir par l'examen histologique, avant même que l'écran ne nous l'ait fait soupçonné.

Cet examen histologique n'a été pratiqué que par Schaumann et à propos d'un cas de sarcoïde cutané de Böeck, nous le rapportons ici pensant que l'histologie du lupus pernio et celle des sarcoïdes ont été suffisamment démontrées superposables par les travaux de Schaumann.

L'auteur examine tout d'abord des phalanges cliniquement et radiographiquement saines et constate déjà à un faible grossissement des parties claires dans la région épiphysaire et dans tout le reste de la diaphyse une opacité normale.

Au fort grossissement, les parties opaques reproduisent les infiltrats épithélioïdes décrits déjà à propos des lésions cutanées ; ces infiltrats ont remplacé presque entièrement la moelle osseuse, tant épiphysaire que diaphysaire, dont on ne retrouve presque aucun des éléments classiques.

Les parties claires sont localisées aux alvéoles du tissu spongieux qui contient un tissu graisseux dans les mailles duquel sont répartis de petits îlots cellulaires épithélio-lymphoïdes périvasculaires ; de microbe il n'y en a point et le tissu osseux n'est en aucun point modifié.

L'auteur examine ensuite les lésions osseuses que la radiographie a constatées et il trouve, en outre d'une infiltration épithélioïde, des points correspondants aux zones claires radiographiques où l'os paraît rongé, sans présenter de tendance à la réparation ; le néoplasme médullaire en se développant s'est créé une place aux dépens du tissu spongieux dont les travées osseuses se sont atrophiées et ont disparu ; cette formation néoplasique elle-même, se transforme et l'on peut voir dans les foyers les plus avancés un tissu scléreux remplaçant définitivement les lésions.

Nous avons constaté une usure du tissu spongieux ; en est-il de même du tissu compact ? Il est rarement intéressé, toutefois le cylindre diaphysaire peut être aminci, les canaux de Havers élargis et bourrés tous deux de tissu granulomateux ; logiquement nous sommes ainsi conduit vers les tissus périostiques et périosses et l'auteur y découvre comme dans la moelle des nids épithélioïdes.

Voilà, semble-t-il, expliquées les constatations cliniques trompeuses de spina ventosa que la radiographie ne pouvait pas constater.

Les ganglions.

Cette étude histologique nous est donnée encore par Schumann ; et il s'agit là aussi d'un tissu néoformé d'aspect tuberculoïde analogue à celui des lésions cutanées, tendant à rem-

placer le tissu ganglionnaire et aboutissant, sans caséification, à un tissu scléreux définitif. Il n'a constaté aucune tendance à la calcification.

Les amygdales.

Pour celles-ci, mêmes résultats que pour les ganglions; toutefois Schaumann constate, dans les amygdales de la malade qui fait l'objet de l'observation IV, non des follicules épithélioïdes, mais une grande abondance de cellules plasmatiques groupées autour des vaisseaux.

Dans aucun cas, il ne signale de point nécrosé, mais une moindre coloration des noyaux au centre des follicules, pas d'éléments microbiens ou parasitaires.

L'examen des muqueuses n'offre qu'une infiltration banale qu'il n'est pas possible de rattacher aux autres lésions du lupus pernio.

Le foie et la rate.

Schaumann pense que du côté du foie et de la rate on pourrait constater le même processus granulomateux signalé dans les autres organes lymphoïdes. Pour que ces viscères soient atteints, il n'est pas nécessaire que cliniquement ils le paraissent, la chose a été prouvée pour les amygdales et les ganglions qui ne présentaient au point de vue clinique aucune modification.

CHAPITRE IV

Étiologie.

Le *lupus pernio* a une étiologie très peu connue et à propos de laquelle on a beaucoup discuté. On le rencontre avec une égale fréquence chez des gens de tout âge et de tout sexe quoique le sexe féminin l'emporte, semble-t-il. Les gens atteints sont quelques rares villageois, surtout des cultivateurs, bouchers, gens voisinant le bétail.

Les antécédents de ces malades sont généralement bons et l'on ne peut rien y signaler, ils n'ont pas présenté d'engelures avant leur affection; quant à leur hérédité, elle est peu chargée, on y rencontre rarement de la bacillose, on peut y signaler dans quelques cas du rhumatisme, des cardiopathies. De par les antécédents, on ne voit guère s'éclaircir le problème étiologique.

Cependant certains auteurs, surtout les classiques, n'ont pas hésité à lui donner une origine tuberculeuse.

Ils se sont basés sur les signes cliniques suivants : atteinte du poulmon, adénopathie, apparence de *spina ventosa*, comme aussi sur l'examen histologique qui découvre un tissu tuberculoïde. L'opinion a changé dès qu'on a pu constater que les inoculations au cobaye et les réactions tuberculiniques étaient négatives.

Voyons, en effet, quels résultats ont donnés ces expérimentations :

Réaction de la tuberculine. — Des 21 malades dont nous rapportons l'observation, 11 ont été soumis à l'épreuve de la

tuberculine ; 4 ont présenté quelque réaction ; encore peut-on émettre un doute à propos de 2 d'entre eux ; dans l'observation XIII, de Klingmüller, il s'agit d'une faible réaction n'ayant été que locale ; dans l'observation IV, de Schaumann, le malade n'a réagi d'une façon notable qu'après de nombreuses inoculations à résultats négatifs.

Quant aux autres sujets soumis à cette épreuve, ils n'ont présenté, même après des inoculations répétées, ni réaction locale, ni réaction générale et les lésions du poumon, qui ont pu être constatées chez eux radiographiquement ou même cliniquement, n'ont jamais, de ce fait, subi de poussée évolutive.

Inoculation au cobaye. — Des inoculations au cobaye ont été pratiquées par Tenneson, Klingmüller, Kreibich et surtout Schaumann qui les publie avec amples détails de 1917 à 1920 et 1922. Cet auteur a multiplié ces inoculations, c'est 4 et 6 cobayes qui recevaient en même temps, soit des fragments de ganglions, d'amygdales ou de lésions cutanées, soit du sang, soit même, pour un cas, des crachats ; les résultats ont presque tous été négatifs.

Toutefois, nous devons les signaler positifs chez Tenneson. Quant à Klingmüller, si les résultats sont négatifs, il y a lieu cependant de faire des réserves, les cobayes étant morts de pneumonie trop tôt (six semaines) pour qu'on puisse conclure d'une façon catégorique ; quant aux résultats apportés par Schaumann, ils ne dénotent rien d'anormal, ni microscopiquement, ni macroscopiquement, chez des cobayes sacrifiés après six et dix-neuf mois ; un seul de ces malades, qui d'ailleurs avait, en 1917, donné par l'inoculation au cobaye des résultats négatifs ayant présenté des crachats, a donné lieu, en 1921, à des inoculations nouvelles avec ces mêmes crachats ; le cobaye inoculé a présenté un ganglion quelque temps après ; ce ganglion a été mis en culture et la culture a été inoculée à un lapin qui, quinze mois après, mourut et présenta à l'autopsie une tuberculose que Schaumann rattacha après examen au bacille bovin.

Ensemencements. — De nombreux ensemencements ont été faits par Schaumann; ils ont porté sur le sang, les ganglions, la peau; ils furent faits sur des cultures très variées. Les résultats n'ont pas été concluants; jamais, d'ailleurs, ils n'ont donné de bacille tuberculeux.

Comme nous le voyons, les inoculations de tuberculine n'ont donné que de très faibles résultats en faveur d'une bacillose; encore peut-on concevoir qu'une bacillose puisse évoluer parallèlement à un *lupus pernio*.

A peu près même succès pour les inoculations au cobaye; deux ont été positives, encore s'agissait-il dans un cas de bacillose bovine.

Quant aux ensemencements, ils n'ont donné rien de précis et, en tout cas, n'ont jamais révélé de bacille humain.

Que penserons-nous de tout cela?

Serons-nous avec Schaumann, niant la bacillose humaine et s'appuyant pour cela, en outre des résultats obtenus par l'expérimentation, sur les données suivantes : distribution ganglionnaire capricieuse et ne répondant pas nécessairement aux lésions, absence de caséification et de calcification; localisation osseuse épiphysaire au lieu de diaphysaire sans fistule ni cicatrice; absence absolue de bacille.

Enfin, constatant avec le même auteur que l'évolution clinique du *lupus pernio*, par sa lenteur, sa bénignité, est superposable à celle d'une bacillose bovine évoluant chez l'homme, jointe à cela la découverte faite chez le malade de l'observation IV du bacille bovin, nous penserons qu'il s'agit toujours d'une manifestation de cette bacillose.

Ou bien accepterons-nous comme une hypothèse pleine de vraisemblance l'opinion de Robert Rabut : le *lupus pernio* est un syndrome pouvant appartenir à des causes très diverses :

Bacillose humaine parfois, et ce serait le cas de Besnier avec synovite fongueuse, celui de Kühlmann avec lésions osseuses très accusées et bacillose pulmonaire, celui de Tennesson réagissant de la façon la plus catégorique à la tuberculine et à l'inoculation au cobaye.

Bacillose bovine pour un cas de Schaumann, causes inconnues pour bien d'autres cas, peut-être rhumatismes, troubles circulatoires, manifestations d'hérédosyphilis.

Mais ce ne sont là qu'hypothèses ou preuves insuffisantes, et rien n'est dit encore d'une façon définitive sur l'origine de cette affection, mais rien aussi n'est en faveur de la première opinion émise : le lupus pernio est d'origine tuberculeuse.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Le diagnostic clinique, s'il est très facile quand les signes sont nets, je veux parler surtout du lupus pernio de la face, est quelquefois très délicat, voire même impossible, si l'on n'a pas l'aide du microscope et des réactions décelant la tuberculose.

Pour le lupus pernio de la face, on peut penser à un lupus vulgaire du type myxomateux; mêmes signes cliniques, infiltration, rougeur, consistance molle; il est surtout trompeur quand il siège au lobule de l'oreille.

Peut-on penser à d'autres affections : aux engelures, quoiqu'elles soient rares pour le nez et les joues; elles sont plus fréquentes aux oreilles où elles touchent de préférence le bord externe du pavillon. Mais c'est surtout le lupus pernio des extrémités qui offre le plus de ressemblances avec les engelures; toutefois, il s'en différencie car cette affection ne persiste généralement pas pendant la période chaude; elle est douloureuse au froid et provoque des démangeaisons insupportables à la chaleur; elle a tendance à s'ulcérer, atteint de préférence les enfants de 5 à 15 ans; quoiqu'elle existe chez l'adulte, à partir de 15 ans elle tend à disparaître, le lupus pernio ne peut guère se constater avant la quinzième année.

Enfin les engelures se développent de préférence sur un terrain spécial, des anémies, des gens au tempérament dit lymphatique, des hypotendus artériels, souvent chez des scrofuleux, il en va tout différemment pour le lupus pernio dont les porteurs sont des gens sains, d'hérédité peu chargée, et n'ont jamais présenté d'engelures.

La confusion est moins fréquente, quoique aussi facile, lorsqu'il s'agit du *lupus chilblain* d'Hutchinson qui n'est qu'une variété de *lupus érythémateux* ; celui-ci se rencontre chez d'anciens porteurs d'engelures, il s'installe après elles ; ses lésions sont déprimées et atrophiques en leur centre et l'épiderme et à leur niveau hyperkératosique ou en atrophie cornée.

Mais si, cliniquement, on peut le confondre soit avec le *lupus vulgaire*, soit avec les engelures ou le *lupus érythémateux*, la lumière se fait par l'examen général du sujet joint aux examens microscopiques des lésions.

Voici, en effet, deux types d'examen que nous empruntons à la communication de M. le professeur W. Dubreuilh au Congrès de dermatologie de 1922 :

a) Il s'agit d'un cas de *lupus érythémateux* :

« Pas de traces de cellules épithélioïdes, mais une nappe dense d'infiltration par des cellules rondes, petites, mononucléaires, à noyaux très colorés. Entre cette nappe d'infiltration et l'épiderme, une large zone claire qui est une zone d'œdème où l'on trouve un réseau de fibrilles tortueuses, enroulées, enchevêtrées, et qui sont de la fibrine et des fibres conjonctives. »

b) Passons à un cas de *lupus vulgaire* :

« Ce sont des nids de cellules épithélioïdes disséminées dans un véritable stroma alvéolaire de cellules lymphoïdes en quantité énorme. Le tissu normal a disparu, le tissu lymphoïde occupe la plus grande place. Les cellules épithélioïdes dans les nids ne sont pas vacuolées, mais dissociées, étirées, déchiquetées par un œdème intercellulaire. Ça et là des groupes de cellules géantes très bien développées. »

Si maintenant nous avons la curiosité d'examiner une engelure, nous n'y trouverons qu'un tissu fortement dissocié par l'œdème sans infiltration cellulaire caractéristique.

Si les affections dont nous venons de parler ont besoin pour les diagnostiquer d'avec le *lupus pernio* d'un examen microscopique, les sarcoides cutanées au contraire, différentes au point de vue clinique par leur distribution, se rapprochent de ce *lupus*

dès qu'on les examine de très près ; nous n'avons pas l'intention d'entreprendre ici l'étude de leurs rapports avec le *lupus pernio*, mais simplement de signaler rapidement les résultats obtenus par Schaumann à ce sujet.

La sarcoïde de Bœck, car c'est d'elle et d'elle seule qu'il s'agit, est-elle de même nature que le *lupus pernio* ?

Son aspect clinique n'est pas identique ; mais des affections de même origine ne se manifestent-elles pas sous des aspects cliniques différents ! Son examen histologique donne exactement mêmes lésions osseuses, cutanées, ganglionnaires, la radiographie décèle les mêmes taches pulmonaires et osseuses, les réactions à la tuberculine, les inoculations au cobaye sont superposables comme résultats à ceux du *lupus pernio*.

Mais la sarcoïde, dira-t-on, n'est qu'un syndrome pouvant relever de causes multiples : tantôt syphilitiques (Pautrier), tantôt rhumatismales (Marziani), tantôt d'ordre inconnu. Mais en cela ne pourrait-elle pas ressembler au *lupus pernio* et est-il bien sûr que celui ci soit une maladie de cause unique et non un syndrome ?

De toute façon, nous ne pourrions nier la parenté pour les cas publiés par Schaumann, nous y ajouterons ce dernier à titre d'illustration. Il s'agit d'un cas publié par Danlos et Flandin. C'est une malade qui présente sur une joue, dit l'auteur, un *lupus vulgaire*, sur l'autre une sarcoïde de Bœck ; l'examen histologique démontre qu'il s'agit des deux côtés d'un même tissu tuberculoïde. Darier dit : sarcoïdes des deux côtés, mais Rabut, qui rapporte le fait, prétend qu'il s'agit vraisemblablement d'un *lupus pernio* coexistant avec une sarcoïde.

Voilà donc réunies sur un même sujet deux formes d'une même maladie ; je crois donc qu'avec Schaumann nous devons considérer la sarcoïde de Bœck et le *lupus pernio* comme deux manifestations cutanées différentes du même lymphogranulome bénin.

CHAPITRE VI

Traitement.

Le *lupus pernio* est une affection dont le traitement est passé sous silence par bon nombre d'auteurs d'observations; faut-il en penser que celui-ci n'offre pas un gros intérêt ou plutôt que les nombreuses médications mises en jeu n'ont abouti qu'à des échecs thérapeutiques.

En effet, l'iode, l'arsenic, le mercure, la photothérapie, les rayons X, les bains électrolytiques, la neige carbonique, toutes ces médications ont eu leur petit succès et de bien plus nombreux échecs.

L'arsenic a été employé avec succès par Schaumann qui le donne à raison de 10 à 15 milligrammes par jour. M. le professeur Dubreuilh l'ordonne systématiquement à tous ses malades, soit sous forme de pilules asiatiques, à raison de deux par jour, soit sous forme de liqueur de Fowler à la dose de XX gouttes par jour. Il semble qu'un long traitement amène quelques améliorations, mais nous n'osons pas trop l'affirmer.

L'iode, donné en ingestion, à raison de XXX à C gouttes de teinture par jour, n'a guère produit de modification appréciable; il en est de même du mercure que Klingmüller lui a associé ou qu'il a employé seul.

La photothérapie associée aux rayons X a donné des résultats très intéressants, nous dit Klingmüller, sur le même malade pour lequel il avait employé le mercure.

La photothérapie, employée seule durant un mois par Schau-

mann sur son malade de l'observation IV, a fait disparaître définitivement les lésions cutanées.

Les rayons X ont été souvent tentés.

Kühlmann les a employés sans succès.

M. le professeur Dubreuilh en a fait l'essai sur deux de ses malades à la dose de 5 à 6 H., et cela sans résultat.

Florange, par contre, signale un cas où la radiothérapie aurait réussi d'une façon remarquable, faisant s'affaïsser définitivement des lésions cutanées et régresser des lésions osseuses déjà très avancées. Il emploie la méthode de Freund et Schiff : le malade reçoit tous les cinq jours sur chaque lésion une dose dite normale, le traitement a duré sans interruption trois mois ; une légère radiodermite étant survenue, on a accordé un repos d'un mois, mais déjà l'enflure et les ulcérations avaient bien diminué. Six mois après le début du traitement, toutes les lésions étaient rentrées dans l'ordre sans laisser de traces.

A Bordeaux, dans le service de M. le professeur Dubreuilh, on a mis à l'épreuve un traitement nouveau pour cette affection, nous voulons parler des applications de neige carbonique, renouvelées toutes les trois semaines, elles font remarquablement s'affaïsser les lésions ; au bout de six mois de traitement pour M^{me} C..., le nez a repris sa teinte et son volume normaux, mais le traitement ayant été abandonné pendant quelques mois, les lésions se sont reformées.

Un autre essai a été tenté par M. le professeur Petges à l'Hôpital des enfants, il s'agit de bains électrolytiques sous un courant de 12 milliampères environ.

Le traitement est ainsi réglé :

Première séance, durée, cinq minutes ; deuxième, dix minutes ; troisième, quinze minutes ; quatrième, vingt minutes ; les autres se maintiennent à vingt minutes et sont renouvelées trois fois par semaine ; les résultats obtenus au bout des vingt et une séances sont satisfaisants, la rougeur a presque entièrement disparu, le nez a diminué de volume.

Nous voyons que les médications sont nombreuses, mais que relativement très peu agissent, surtout d'une façon durable.

CONCLUSIONS

Le lupus pernio décrit par Besnier, récemment étudié, par de nombreux auteurs et particulièrement par Schaumann, n'est ni du lupus tuberculeux vulgaire, ni du lupus érythémateux.

C'est une maladie qui est très nettement individualisée par ses symptômes cliniques et ses manifestations cutanées osseuses et ganglionnaires et qui, au point de vue histologique, se rapproche encore du groupe très confus des sarcoïdes.

Le lupus pernio a été considéré comme une manifestation de tuberculose humaine (Besnier); de tuberculose bovine (Schaumann), mais cela sans preuves convaincantes; il paraît s'agir plutôt d'une maladie infectieuse spéciale dont l'agent pathogène reste encore indéterminé.

Le nom de lupus pernio, quels que puissent être ses défauts, a pour lui la priorité et mérite d'être conservé jusqu'au moment où l'on connaîtra la nature réelle de la maladie.

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER
Le Président,
W. DUBREUILH.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 27 mars 1924.

Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS

BIBLIOGRAPHIE

- BESNIER. — Lupus pernio. *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1889, p. 333.
- BLOCH (B.). — Beitrag zur Kenntniss des Lupus pernio. *Monatshefte für praktische Dermatologie*, 15 août 1907, p. 177.
- BØECK. — Congrès international de dermatologie, Paris, 1900, p. 95.
- BROCO. — *Dermatologie pratique*, vol. I, p. 558.
- DANLOS. — Lupus pernio typique. Société de dermatologie et de syphiligraphie, 1901, p. 576.
- DARIER. — Précis de dermatologie, 1923, p. 720.
— Rapports sur les tuberculides. Congrès international de dermatologie, Paris, 1900, p. 140.
- DUBREUILH (W.). — Précis de dermatologie, p. 372.
— Communication au Congrès de dermatologie de langue française, 1922.
- FLORANGE (A.). — Ueber ein Fall von lupus pernio und seine reaktion auf röntgenbehandlung, 1910, t. XVII, n° 8, p. 558.
- GROSZ (S.). — Lupus pernio und Chilblain-Lupus. *Dermatologische Wochenschrift*, 3 février 1912, t. LIV, p. 133.
- GOUGEROT. — Dermatologie en clientèle, p. 531.
- HALLOPEAU et LERREDDE. — Maladies de la peau, p. 506.
- HALLOPEAU et VILLARET. — Sur un cas de lupus pernio avec considérations sur la nature de cette maladie. Société de dermatologie et syphiligraphie, 1901, p. 547.
- HYDE. — Lupus pernio. *Journal of cutaneous diseases*, 1909, p. 467.
- KLINGMÜLLER (V.). — Ueber Lupus pernio. *Archiv. für dermatologie und Syphilis*, 1907, t. LXXXIV, p. 323.
- KREIBICH (C.). — Ueber Lupus pernio (Lymphogranuloma pernio). *Archiv. für dermat. u. S.*, t. CII, 1910, p. 249.
- KÜHLMANN. — Lupus pernio. *Dermatologische Zeitschrift*, 1910, t. XVII, p. 558.

- LENGLET. — Lupus. In *Pratique dermatologique*, p. 277 et 391.
- NOBL. — Granuloma nodulare conflu Typus Boeck. *Ikongraphia dermatologica*, pl. XLVII.
- OULMANN. — Lupus pernio. *Journal of cutaneous of diseases*, 1909, 320.
- PAUTRIER. — Nécessité d'une revision du groupe des sarcoïdes. *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1914, p. 345.
- POLLAND (R.). — Lupus pernio. *Dermatologische Zeitsch.*, 1906, p. 791.
- RABUT (R.). — Contribution à l'étude du lupus pernio. *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1922, t. III, p. 226.
- RIEUX et DELATTER. — Un cas de lupus pernio. *Bulletin de la Société de dermatologie et syphiligraphie*, n° 8, 1922, p. 377.
- SCHAUMANN (J.). — Étude sur le lupus pernio et ses rapports avec les sarcoïdes et la tuberculose. *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1917, p. 357.
- Études bactériologiques sur le lupus pernio et les sarcoïdes cutanées, 1917.
 - Études histologiques et bactériologiques sur les manifestations médullaires du lymphogranulome bénin. *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1918, t. VII.
 - Sur une forme érythrodermique du lymphogranulome bénin. *Annales de dermatologie*, décembre 1920.
 - Des érythrodermies exfoliantes au point de vue étiologique. *Acta dermato-venereologica*, 1921, vol. I, fasc. 3-4.
 - Sur la nature du lymphogranulome bénin. *Acta dermato-venereologica*, vol. II, fasc. 4.
- TENNESSON. — Lupus pernio. Société de dermatologie et syphiligraphie, 10 novembre 1892, p. 1142.
- TOWLE. — Lupus pernio-recurrent erysipelas. *Journal of cutaneous diseases*, 1909, p. 315.
- WINFIELD. — Lesions of hands and face. *Journal of cutaneous diseases*, 1909, p. 121.
- ZIELER. — Ueber des Sogennanteu Lupus pernio (Granuloma pernio, erythema pernio und seine beziehungen zur tuberkulose). *Archiv. f. Derm. und Syphilis*, 1909, t. XCIV, p. 99.

